

PERSONALIEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ / Ort

Beruf

KONTAKTDATEN

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobile

E-Mail

ARBEITGEBER

Name

Adresse

PLZ / Ort

Behandlung läuft über: **KRANKHEIT**

Name der Krankenkasse:

Versicherten-Nummer/ Kundennummer:

AHV – NR. (MUSS AUSGEFÜLLT SEIN)

756.

 UNFALL Ich habe die Unfalldeckung bei der Krankenkasse.

Name der Unfallversicherung/ Krankenkasse:

Unfalldatum:

Schadensnummer und AHV – NR.:

756.

Hiermit bestätige ich folgendes zur Kenntnis zu nehmen:

Im Falle einer versäumten Konsultation (<24 h vorher absagen) wird der volle Betrag verrechnet.

Kosten welche die Krankenkasse oder Unfallversicherung nicht übernimmt werden Privat in Rechnung gestellt.

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen / Patienten voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, sind Sie gehalten, die nachfolgende Einwilligung auf der Rückseite mittels Unterschrift zu bestätigen

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die Ärztin/den Arzt oder die Therapeutin/den Therapeuten sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin.

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Labordaten	Patientendaten zusammen mit Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie	Labor, weitere Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Spitäler	Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analyse
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Weitere Ärztinnen /Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und - Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung/Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen /Ärzte, Therapeutinnen /Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept) und Praxisintern sowie Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation Rechnungsstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
Rechnungsstellung und Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Von der Praxis gewählte Inkassostelle sowie gewählte Softwareoder Praxisinformations- Anbieter und IT-Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie IT-Entwicklung und für Bonitätsprüfungen
Behandlungs- und Abrechnungsdaten	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztesgesellschaften	Gesetzliche Eingabepflichten, Tarifverhandlungen/Modellberechnungen
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung.	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Weitergabe Daten

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin/meinem Arzt oder meiner Therapeutin/meinem Therapeuten und mir als Patientin/Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der Praxis und für Stellvertretungen. Auch hinsichtlich der Verwendung von QR Codes und für Rezepte oder Arztzeugnisse mit digitaler oder elektronischer Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung oder bei Zahlungsverzug können meine Personendaten an die Inkassostelle Creditreform AG weitergeleitet und können dort gespeichert werden.

Rechnungsverarbeitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Ich akzeptiere mit der Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse). Zur Vereinfachung erfolgt die Mitteilung zur Rechnungskopie (nur im Tiers Payant) auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse, wobei der Name meiner Ärztin/meines Arztes, meiner Therapeutin/meines Therapeuten bzw. der Praxis zur einfacheren Lesbarkeit mir gegenüber in der E-Mail genannt wird. Ich bin daher einverstanden, dass solche Kopien sowie auch administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen über meine angegebene E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum verarbeiteten Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Zudem führt mein Löschungsantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschungsantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung meiner Daten bei meiner behandelnden Gesundheitsfachperson bzw. Praxis. Gleichzeitig entbinde ich meine behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Ich wurde informiert, dass mir das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» zur Verfügung steht.

Datum _____

Unterschrift _____